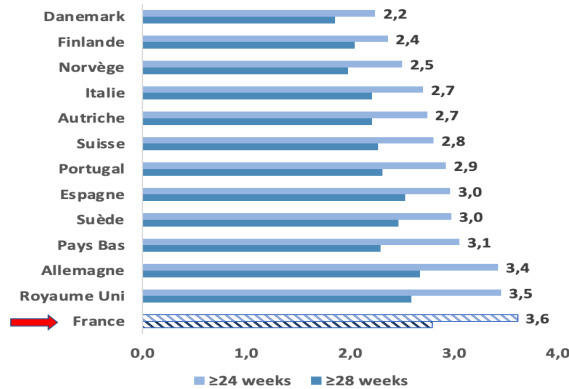
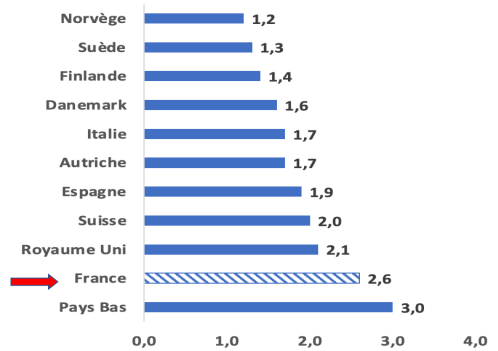


Sept propositions prioritaires pour améliorer la santé des nouveau-nés en France à partir de trois constats

Constat N°1: La mortalité infantile augmente en France depuis 2012 ([Lancet Reg Health Eur, 2022 Mar 1;16:100339](#)) alors qu'elle continue à baisser en Suède, et dans de nombreux pays. Cet excès de mortalité est dû en grande partie à un excès de mortalité néonatale. Cet excès de mortalité néonatale s'associe à un excès de mortinatalité ! La France prend un retard notable



Taux de mortinatalité en 2019
(pour 1000 naissances totales)



Taux de mortalité néonatale en 2019
(≥22 semaines d'aménorrhée)
pour 1000 naissances vivantes

Constat N°2: Une enquête sur le capacitaire en soins critiques de niveau 3 a été réalisée de novembre 2021 à avril 2022 avec l'aide de Santé Publique France.

https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_0db633f6975f4c0ca91e78419065805f.pdf

Il existe une répartition très inégalitaire sur le territoire du nombre de lits de réanimation néonatale rapporté au nombre d'accouchements sans aucun justificatif, ce qui contribue à une offre de soins suboptimale : 1 fois sur 5 le taux d'occupation des lits de réanimation était supérieur à 100% !

Constat N°3: Une enquête sur la qualité de vie au travail des pédiatres néonatalogistes

(https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_b9d124fe7c7545bfa8fe550f4fded5c1.pdf) a été réalisée en 2022 (700 répondants) : 80% des pédiatres travaillent plus de 50 heures hebdomadaires, 13% plus de 75 heures par semaine, 47% font 5 gardes ou plus par mois et 20% travaillent 3 ou 4 weekends par mois. Les modifications sociologiques majeures observées en Post-COVID rendent cette réalité inacceptable pour la très grande majorité des pédiatres néonatalogistes. Cette enquête atteste d'un désir de travail dans la sécurité et le respect de la vie familiale.

De ces constats, 7 propositions sont formulées :

PROPOSITION N°1 : Comprendre cette surmortalité des nouveau-nés observée (constat N°1). Pour cela, création d'une base de données par mise en relation de bases existantes reliant mortalité (INSEE) au parcours de soins (PMSI). Mise à disposition de 2 ETP (un data manager et un épidémiologiste) pour l'exploitation continue de ces données permettant une analyse des causes de cet excès de mortalité/morbidité et un partage d'information avec EUROPERISTAT. Un tel projet représenterait un coût inférieur à 50 centimes d'euros par naissance pour assurer le contrôle qualité de la naissance.

PROPOSITION N°2 : Adapter l'offre de soins de lits de néonatalogie et de réanimation néonatale aux bassins de population. Il faudrait au minimum **1 lit de réanimation néonatale pour 1000 naissances** sur l'ensemble du territoire, ce qui correspond à 70%



de l'offre minimale de soins de réanimation néonatale aux Etats-Unis qui varie de 1.4 à 5,9 lits /1000 naissances (N Engl J Med 2002;346:1538-44). Le taux d'occupation ne devrait pas dépasser 85% dans ces unités de réanimation pour limiter surmortalité et surmorbidity (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2023;0:F1-F7. doi:10.1136/archdischild-2022-324414).

PROPOSITION N°3 : Améliorer la qualité des soins en développant les soins centrés sur l'enfant et sa famille selon le modèle suédois (des propositions seront adressées directement aux assises par les parents et la SFN). Accueillir et intégrer les parents comme réels partenaires des soins, implanter des programmes formalisés de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille, création de postes d'infirmières «développementalistes» de coordination, soutenir l'allaitement et assurer un égal accès des prématurés au lait maternel de don (Lactarium, voir contribution de l'association des lactariums de France, ADLF).

PROPOSITION N°4 : revoir les effectifs paramédicaux pour prendre en compte la charge en soins des infirmières afin d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés avec pathologies lourdes dont l'extrême prématurité et les pathologies graves de la période néonatale. Les ratios actuels contribuent à une offre de soins suboptimale comparée à celle de pays à même niveau de développement : ratio de 1 infirmière pour 1 patient. Les effectifs devront être calculés en fonction du « case mix » de l'unité concernée, et de l'évaluation de la charge en soin (cf : approche Suisse utilisant le score PRN, score d'évaluation de la charge en soins). Tenir compte du remplacement des congés maternités. Remettre des auxiliaires puéricultrices dans les unités de réanimation néonatale.

PROPOSITION N°5 : revoir les effectifs médicaux afin que le temps travaillé ne dépasse pas les 48 heures légales, que le nombre de gardes reste inférieur à 4 par mois et 1 week-end travaillé /4 au maximum.-Si cette réorganisation ne survient pas, nous aurons à faire face à un déficit de ressources médicales, car nous observeront une fuite vers d'autres activités. Tenir compte du remplacement des congés maternités est également essentiel.

PROPOSITION N°6 : redessiner l'offre de soins en diminuant le nombre de plateaux techniques et en augmentant le capacitaire de ces plateaux techniques. C'est une conséquence inéluctable des propositions 2 et 5. Une telle réorganisation a été réalisée dans certains pays d'Europe du Nord. La Suède en est un parfait exemple. Cette réorganisation s'est associée à une amélioration de la performance du système de soin.

PROPOSITION N°7 : renforcer le transport pédiatriques et harmoniser son organisation sur le territoire national. Cette proposition est complémentaire et indispensable pour réaliser la proposition N°6

Des propositions complémentaires avaient été adressées par la Société Française de Néonatalogie, dans le cadre du Ségur de la Santé. Nous n'avons eu aucune réponse du Ministère de la Santé :

1. Créer un corps de « **Nurses practitioners** » sur le modèle anglais ou canadien, en proposant une structuration de carrière, rendant de notre point de vue attractif ces postes et améliorant la sécurité des patients soignés par un corps infirmier « expert ». Ou tout au moins augmenter le temps de formation des infirmières avant leur prise de fonction dans les réanimations néonatales, c'est-à-dire au moins 3 mois de formation et encadrement d'un nouveau professionnel avant son autonomisation.
2. Prioriser la **recherche en néonatalogie**, la développer et mieux la coordonner, revoir le processus de consentement avec accord d'un seul parent en cas de famille monoparentale, prévoir le financement du suivi jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans des nouveau-nés inclus dans les essais cliniques.
3. Réduire les inégalités territoriales de **suivi des nouveau-nés vulnérables** en particulier les grands prématurés. Encourager le suivi à 2 et 5 ans des grands prématurés afin de permettre une évaluation de leur prise en charge initiale en prenant exemple sur le Canada ou sur quelques régions françaises. Ce suivi doit être organisé au niveau national, institutionnalisé et financé. En Pays de la Loire, le suivi jusqu'à 7 ans revient à moins de 100 euros par enfant (<https://www.reseau-naissance.fr/grandir-ensemble/>).
4. Revoir les modalités d'attribution ville par ville des **postes d'internes autorisés à s'inscrire en option Néonatalogie**. La répartition actuelle ne répond ni aux capacités de formation ni au besoin régional. Une des solutions pourrait être l'autorisation d'une redistribution inter-régionale des postes non choisis dans une région donnée.